

## NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

Novedades que incorpora conforme a la versión anterior de 2021:

- Factores de riesgo.
- Indicaciones cervicometría en gestantes asintomáticas con factores de riesgo.
- Actualización de algoritmo de manejo y técnica de cerclaje.

## ÍNDICE

1. Introducción
  2. Etiopatogenia
  3. Diagnóstico e indicaciones de cervicometría
  4. Tratamiento
    - 5.1. Progesterona
    - 5.2. Cerclaje
    - 5.3. Pesario y adyuvantes
  5. Seguimiento
  6. Gestación múltiple
  7. Indicadores de evaluación
  8. Bibliografía
- Anexo I. Técnica de cerclaje

## 1. INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cervical (IC), también denominada incompetencia cervical, es una condición obstétrica caracterizada por la incapacidad funcional del cuello uterino para mantener la gestación, lo que puede provocar pérdidas fetales recurrentes en el segundo trimestre o parto prematuro espontáneo en ausencia de contracciones uterinas perceptibles. Se asocia con cambios estructurales y bioquímicos que conducen al acortamiento y dilatación cervical indolora y, como máxima expresión, a la protrusión de las membranas ovulares en el canal endocervical o vagina.

Es una patología relativamente poco frecuente, con una incidencia estimada del 0.5-1% de los embarazos en la población general. Sin embargo, en mujeres con antecedentes de parto prematuro espontáneo o pérdidas gestacionales recurrentes en el segundo trimestre, la prevalencia puede aumentar hasta un 15%. En embarazos únicos, el acortamiento cervical antes de las 24 semanas se ha identificado como un factor predictivo clave para el parto prematuro, con una tasa de aproximadamente 6-8% de cuello corto (<25 mm) en poblaciones de bajo riesgo.

Por tanto, la IC constituye un factor determinante en la mortalidad y morbilidad perinatal, ya que se asocia con prematuridad extrema (<28 semanas). Además, representa un desafío clínico debido a la dificultad en su diagnóstico y el impacto emocional en las gestantes que han experimentado pérdidas recurrentes.

## PROCOLOS ASISTENCIALES

## Insuficiencia cervical

### 2. ETIOPATOGENIA

La insuficiencia cervical es un trastorno multifactorial cuya fisiopatología no está completamente comprendida. Los mecanismos implicados pueden ser congénitos, adquiridos o de disfunción en la respuesta inflamatoria y remodelado cervical.

#### 2.1. Factores de riesgo

##### Factores de riesgo históricos

- Antecedente de insuficiencia cervical previa. Es el factor más importante, aunque la mayoría de casos se producen sin historia previa.
- Pérdidas gestacionales recurrentes en el segundo trimestre.
- Historia de parto prematuro espontáneo (<34 semanas).
- Exposición intrauterina a dietilestilbestrol (DES).

##### Factores anatómicos/congénitos

- Anomalías uterinas müllerianas (útero septo, bicorne, unicorne).
- Útero hipoplásico congénito o adquirido (fallo ovárico, radioterapia, etc).
- Alteraciones en la estructura del colágeno cervical (Síndrome de Ehlers-Danlos, Síndrome de Marfan).

##### Factores adquiridos

- Procedimientos quirúrgicos previos: conización, dilatación y legrado repetidos, polipectomía cervical extensa.
- Traumatismos obstétricos: partos con desgarro cervical (más frecuentes en partos precipitados o con segunda etapa prolongada).
- Procesos inflamatorios crónicos: infecciones subclínicas o vaginosis bacteriana persistente, corioamnionitis en embarazos previos.
- Sobredistensión uterina: embarazo múltiple, polihidramnios.
- Hemorragias (DPPNI).

### 3. DIAGNÓSTICO Y CRIBADO

Ante la ausencia de pruebas diagnósticas definitivas, se recomienda un diagnóstico combinado basado en la historia obstétrica, exploración física y ecografía.

## PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

## Insuficiencia cervical

### 3.1. Diagnóstico basado en historia clínica.

Cualquiera de los siguientes:

- 2 o más pérdidas gestacionales consecutivas en segundo trimestre (>16 semanas) o de parto extremadamente prematuro <28 semanas.
- Cerclaje cervical en gestaciones previas.

No todas las mujeres con estos antecedentes desarrollarán insuficiencia cervical en embarazos posteriores, por lo que se recomienda un cribado ecográfico en cada embarazo.

### 3.2. Diagnóstico basado en exploración física

- Exploración con espéculo que revele dilatación  $\geq 1-2$  cm.
- Protrusión de membranas ovulares en canal cervical.

Ambas en ausencia de dinámica uterina.

### 3.3. Diagnóstico basado en estudio ecográfico.

#### Consideraciones

- La longitud cervical (LC) se considera un factor predictor independiente de parto pretérmino, aunque su disminución de forma aislada no es diagnóstica de IC.
- El gold standart para la medición de la LC es la ecografía **transvaginal**. Las vías transperineal y transabdominal se asocian a peor precisión. La vía transabdominal tiende a sobreestimar la medida en unos 8 mm y no identifica el 57% de cérvix cortos.
- Se considera cérvix corto una **LC  $\leq 25$  mm** en gestación única o múltiple.
- La presencia de embudización cervical o **funneling** no es un factor de riesgo independiente para parto pretérmino. Sí lo es asociado a cérvix corto.
- El **sludge**, presencia de agregados ecogénicos densos de material particulada próximos a OCI, sí es un factor de riesgo independiente para parto pretérmino, rotura prematura de membranas pretérmino y corioamnionitis histológica.
- Por debajo de la semana 14, la LC no está validada para predecir el riesgo de parto pretérmino.

Tabla 1. Metodología de cervicometría según las recomendaciones de Fetal Medicine Foundation (<https://fetalmedicine.org/>).

- Posición de la paciente: **litotomía dorsal** con **vejiga vacía** (la vejiga llena puede sobreestimar).
- Uso de **sonda endovaginal**, sin ejercer presión excesiva sobre el cérvix (sobreestima).
- Imagen: se emplea **modo B** en un **corte sagital medio** del cérvix. El cérvix debe ocupar el **50-75%** de la imagen. Se debe visualizar el canal, la mucosa cervical circundante y el polo de la vejiga.
- Medir la longitud cervical utilizando una **línea recta** entre los orificios cervicales interno y externo.
- Realizar tres mediciones consecutivas y registrar la más corta técnicamente correcta.
- Evaluar la presencia de embudización (**funneling**) o **sludge**.

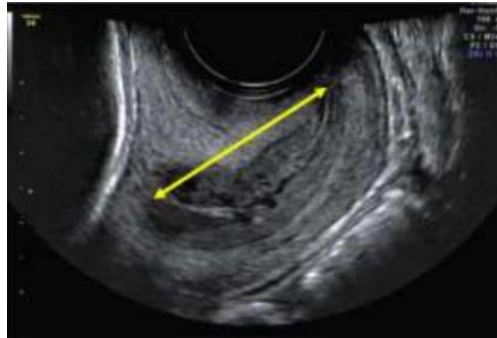


Figura 1: Medida longitud cervical (IC).

Tabla 2. Puntos de corte de longitud cervical según edad gestacional y tipo de gestación.

Edad gestacional	Gestación única	Gestación múltiple
< 24 SG	≤ 25 mm	≤ 25 mm
24- 27+6 SG	≤ 25 mm	≤ 20 mm
28- 31+6 SG	≤ 20 mm	≤ 10 mm
≥ 32 SG	≤ 15 mm	≤ 10 mm

### INDICACIONES CERVICOMETRÍA

Ver Protocolo Ecografía morfológica segundo trimestre. Medición de longitud cervical.

Antes de la semana 14 de gestación la cervicometría no está validada para predecir el riesgo de parto pretérmino. No existe consenso entre las sociedades científicas para recomendar cribado universal o dirigido de cérvix corto en gestantes asintomáticas. La evidencia actual respecto al cribado universal es baja y la recomendación débil, por lo que no se realiza en nuestro centro. Sin embargo, limitar el cribado a gestantes con historia de parto pretérmino dejaría sin identificar al 40% de embarazos con cérvix corto en el segundo trimestre.

Sí se realizará **cribado ecográfico de LC en semana 16-17 y en torno a la semana 20 (ecografía morfológica)** en las siguientes situaciones en gestación única:

- Historia de parto pretérmino previo < 34 s (excluyendo los partos inducidos, salvo por rotura prematura de membranas pretérmino).
- Historia de aborto 2.º trimestre (> 16 semanas) por insuficiencia cervical.
- Cirugía cervical (conización, traquelectomía) o uterina (cirugía de septo uterino).
- Anomalía uterina congénita.

Ver Anexo II. Algoritmo manejo Insuficiencia Cervical.

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Insuficiencia cervical

### 4. TRATAMIENTO. PREVENCIÓN SECUNDARIA DE PARTO PRETÉRMINO (gestaciones únicas).

#### 4.1. PROGESTERONA NATURAL MICRONIZADA

Se recomienda la administración de **200 mg de progesterona vaginal cada 24h en gestantes <34 semanas con longitud cervical  $\leq 25$  mm, independientemente de la historia previa de parto pretérmino.**

La frecuencia del seguimiento con cervicometría será individualizada en función del valor de la longitud cervical:

- 15-19 mm : revisión a la semana.
- 20-25 mm: revisión a las 2 semanas.

No se recomienda su uso en gestantes tras un período de amenaza de parto pretérmino tratada.

No se recomienda su uso como prevención únicamente por la historia de parto pretérmino previo.

#### 4.2. CERCLAJE

##### INDICACIONES

##### A. Cerclaje indicado por historia obstétrica (cerclaje profiláctico o primario):

Se realiza de forma electiva antes de objetivar modificaciones cervicales. Se debe realizar **entre las 13-16 semanas**, tras el cribado de aneuploidías del 1º trimestre y una vez pasado el máximo riesgo de aborto espontáneo. Las indicaciones son:

- Historia de  $\geq 3$  abortos tardíos ( $>16$ SG) o partos pretérmino ( $<34$  SG), en ausencia de contracciones uterinas previas y una vez descartadas otras causas de parto pretérmino y aborto tardío.
- Traquelectomía previa (ver *Cerclaje abdominal* pág. 11). No está indicado si el único factor de riesgo es: LEEP, biopsia cervical o anomalías uterinas.
- Fallo de un cerclaje previo en gestantes con historias de múltiples partos pretérmino o abortos tardíos.

Una alternativa válida al cerclaje electivo en las dos primeras indicaciones es realizar en estas pacientes controles ecográficos cervicales cada 2-3 semanas entre las semanas 16 y 24 de gestación, indicando el cerclaje cuando aparezca acortamiento cervical ( $\leq 25$ mm). Esta medida puede suponer el no tener que realizar el cerclaje en el 50% de las pacientes.

##### B. Cerclaje indicado por ecografía (cerclaje terapéutico o secundario):

En las siguientes situaciones, si se evidencia un acortamiento pese al tratamiento con progesterona:

- Longitud cervical  $\leq 25$ mm en gestaciones entre 14-24 semanas con antecedentes de al menos un parto pretérmino o aborto tardío.

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Insuficiencia cervical

- Longitud cervical  $\leq$  25mm entre 16-24 SG e historia de trauma cervical previo o anomalía uterina congénita.

El cerclaje puede plantearse como primera opción en cérvix extremadamente cortos (<15 mm). No se indica cerclaje por encima de la semana 26; entre las 24-26 semanas se debe individualizar el manejo y, en caso de realizar cerclaje, se tomará cultivo endocervical previo y se repetirá cada 4 semanas.

### C. Cerclaje indicado por exploración física (cerclaje de emergencia o terciario):

- Dilatación cervical asintomática de > 2 cm con membranas visibles a través de OCE.

Esta medida ha resultado ser más efectiva que el manejo expectante en estas pacientes. Se trata de una intervención más compleja por mayor riesgo de rotura de membranas y peor resultado perinatal, sobre todo en presencia de dilatación cervical avanzada (>4 cm) o membranas claramente protruidas en vagina.

Se recomienda realizar una **amniocentesis previa**, puesto que la prevalencia de infección/inflamación intraamniótica subclínica en los casos de insuficiencia cervical es superior al 50%.

### CONTRAINDICACIONES

- Infección/inflamación intraamniótica subclínica o sospecha de corioamnionitis clínica.
- Sangrado vaginal relevante en contexto de patología placentaria (no incluye el sangrado escaso que puede acompañar a la dilatación cervical).
- Dinámica uterina (amenaza de parto pretérmino).
- Rotura prematura de membranas pretérmino.
- Muerte fetal, ILE o anomalía severa incompatible con la vida.

### MANEJO PREOPERATORIO

Hospitalización.

Pruebas complementarias:

- Hemograma y coagulación.
- Ecografía abdominal: evaluación anatómica fetal detallada, si es posible (la que permita la edad gestacional).
- Cervicometría: longitud cervical al ingreso.
- Cultivo endocervical. En caso de indicación urgente a partir de las 23 semanas se añadirá cultivo de exudado vagino-rectal para Streptococcus beta agalactiae y, en caso de cerclaje programado, los cultivos se podrán tomar previamente en consulta.
- Proteína C reactiva (PCR) y parámetros analíticos de infección en caso de cerclaje urgente.
- Amniocentesis en caso de cerclaje urgente (realizar cerclaje en 24-48 h siguientes a resultado negativo). Si resultado es compatible con sospecha de infección (ver protocolo *Amenaza de Parto Pretérmino. Amniocentesis diagnóstica*), iniciar tratamiento con antibioterapia con

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Insuficiencia cervical

ampicilina 2 g/6 h iv + ceftriaxona 1 g/12 h iv + claritromicina 500 mg/12 h vía oral a la espera de diagnóstico de confirmación y antibiograma específico.

- Consentimiento informado: se informará de las tasas de supervivencia y prematuridad asociadas según el tipo de cerclaje y la semana de gestación, si es preciso de forma conjunta con Neonatología. Las complicaciones en el caso de cerclaje indicado por historia o ecografía son bajas, siendo más frecuentes en el indicado por exploración física.
- Consulta preanestésica.

Tratamiento adyuvante previo al cerclaje:

- **Tocolisis** profiláctica con **Indometacina** 100mg vía rectal, continuando tras la cirugía por vía oral con 50 mg cada 6 horas las siguientes 24 horas.
- **Profilaxis antibiótica:** Cefazolina 2 gramos intravenosos en dosis única.
- **Maduración pulmonar** fetal con betametasona 2 dosis de 12 mg IM /24 h, en caso de cerclaje más allá de las 24 semanas.

### COMPLICACIONES

- Infección o fiebre materna.
- Migración de la sutura.
- Sangrado.
- Rotura de las membranas amnióticas.
- Desencadenamiento del parto.
- Lesiones cervicales: Desgarro, fístula, distocia cervical en el parto.

### SEGUIMIENTO Y RETIRADA

En casos de cerclaje indicado por historia obstétrica o ecografía, se podrá plantear alta a partir de las 24 horas y entre 3-5º día en los indicados por exploración física, una vez comprobado el bienestar materno-fetal y la correcta colocación del cerclaje.

Recomendaciones al alta:

- Reposo relativo y baja laboral de al menos 1 semana. Se desaconseja el reposo en cama.
- Abstinencia sexual y reducción de la actividad física hasta las 34 semanas
- Control ambulatorio cada 2-4 semanas. Se realizará cervicometría y se comprobará correcta colocación del cerclaje.

Retirada:

- Durante la semana 37 si la paciente no presenta dinámica o trabajo de parto previo.

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Insuficiencia cervical

- Si la paciente tiene indicación de cesárea electiva, se retirará de manera intraoperatoria.
- Si previamente a su retirada la paciente presenta dinámica regular con amenaza de parto pretérmino, sangrado vaginal, signos de infección, se demuestra cerclaje tensionado o signos de daño cervical (ver protocolo *Amenaza Parto Prematuro*).
- Existe controversia acerca del manejo del cerclaje en caso de rotura de membranas pretérmino, ya que hay autores que sugieren retirar el cerclaje de forma inmediata tras la rotura de membranas (evitando así el riesgo de corioamnionitis y mortalidad neonatal por sepsis), mientras otros consideran la posibilidad de posponer la retirada 48 horas entre la 24 - 33+6 SG hasta completar la administración de corticoides antenatales.

### 4.3. PESARIO DE ARABIN

No existe evidencia suficiente para su recomendación.

## 5. GESTACIÓN MÚLTIPLE

Manejo individualizado. No existe evidencia suficiente para recomendar cribado de longitud cervical, en el caso de realizarse se haría una medición única entre la semana 18 – 24. El punto de corte para cervix corto es el mismo que en gestación única (LC  $\leq$  25 mm).

No han demostrado ser eficaces el cerclaje profiláctico ni la progesterona micronizada (uso compasivo). Existe evidencia, aunque escasa, sobre la efectividad del cerclaje indicado por ecografía (sobre todo si LC < 15 mm). Tampoco se recomienda el pesario como profilaxis.

## 6. INDICADORES DE EVALUACION

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Adecuación técnica medida longitud cervical	% cervicometrías realizadas siguiendo los criterios ecográficos definidos	Auditoría de imágenes	$\geq$ 90%
Adherencia a cribado ecográfico dirigido	$\frac{\text{N.º gestantes cribadas}}{\text{N.º gestantes elegibles}} \times 100$	Diraya	$\geq$ 90%
Tasa de progesterona indicada correctamente	$\frac{\text{N.º gestantes cribadas}}{\text{N.º gestantes elegibles}} \times 100$	Diraya	$\geq$ 90%

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Parto Pretérmino (actualización 2024). Guía de Asistencia Práctica de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología.
2. Cérvix corto: Insuficiencia Cervical. Guías Asistenciales Perinatología. Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia (SAGO).
3. Cerclaje cervical: indicaciones y técnica. Guías Asistenciales Perinatología. Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia (SAGO).
4. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in the prediction of spontaneous preterm birth. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2022;60:435-456.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 234: Prediction and prevention of spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol.* 2021;137(3):e80-e101.
6. Giouleka S, Boureka E, Tsakiridis I, et al. Cervical cerclage: a comprehensive review of major guidelines. *Obstet Gynecol Surv.* 2023;78(9):544-553.
7. Mudrik A, Levy R, Petrecca A, et al. Guidelines on cerclage placement: a comparative systematic review. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2025;7(9):101727.
8. Manejo de la paciente con riesgo de parto pretérmino. *Protocolos Medicina Fetal Barcelona. Actualización 2023.* Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/manejo-de-la-paciente-con-riesgo-de-parto-prematuro.pdf>

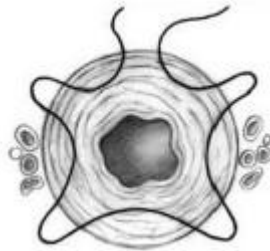
Autoras	<b>Dra. Chicón Fernández del Moral, Carmen</b> <b>Dra. González Pérez, Inmaculada</b>		
Fecha elaboración	<b>Fecha 23/02/26</b>	Vigencia	<b>23/02/29</b>

## 8. ANEXO I. TÉCNICA QUIRÚRGICA DEL CERCLAJE

**1. Cerclaje transvaginal:** consiste en una sutura en la capa muscular rodeando el cérvix. Las técnicas más habituales son la técnica de Shirodkar y de McDonald, sin diferencias en sus resultados, por lo que se tendrá en cuenta la experiencia del cirujano.

El hilo de sutura empleado es el monofilamento reabsorbible tratado para proteger de las infecciones (Cervix Set®) con una aguja a cada lado con punta atraumática. Se recomienda intentar colocar el cerclaje lo más alto posible. La localización del nudo debe quedar referenciado en la historia a fin de facilitar su retirada.

- Cerclaje de McDonald (o McDonald-Palmer): el más empleado por los obstetras por su mayor facilidad técnica. Consiste en realizar 4-5 pases de aguja en profundidad sin llegar al canal cervical, inmediatamente bajo la unión vesico-cervical, evitando los vasos paracervicales a las 3h y a las 9h y la inserción de los ligamentos uterosacros.



- Cerclaje de Shirodkar: es más compleja, pero presenta un punto de sutura a nivel más alto. Se realiza tracción cervical y se indentifica el pliegue cérvico-vesical. Se realiza disección de la mucosa y se rechaza la vejiga para exponer la capa muscular. Se realiza lo mismo en cara posterior para disecar el recto. Se realizan 2 pases de aguja, uno a cada lado del cérvix. Se puede suturar la mucosa disecada previamente para enterrar el nudo, dejando visibles los cabos.

Se recomienda en pacientes con fallo de cerclaje previo y en cerclaje de emergencia.



## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Insuficiencia cervical

### Consideraciones

- En el cerclaje por exploración física con membranas prolapsadas en vagina es preciso reponerlas mediante diferentes maniobras: posición de Trendelenburg, distensión de la vejiga con suero (250-500ml), tracción del cuello con pinzas fenestradas, empuje de las membranas con torunda o sonda Foley, amniorreducción.
- En cerclajes indicados por historia clínica con longitud cervical normal, no es preciso sondaje vesical.
- Tras la cirugía o al alta podría realizarse ecografía referenciando la distancia de la cinta del OCE (ideal > 1cm) y del OCI.

**2. Cerclaje abdominal:** vía laparotómica o laparoscópica, con inserción a nivel ístmico-cervical. Se realiza preferiblemente de manera pre-concepcional, pero también se puede realizar entre las 13 y 16 semanas. No se puede retirar ambulatoriamente, por lo que la vía del parto será la cesárea electiva (se puede dejar el cerclaje si continúa con deseo genésico). La tasa de éxito es comparable a la vía vaginal y tiene mayor tasa de complicaciones.

Es una opción a considerar en pacientes con:

- Historia de múltiples pérdidas fetales o partos pretérmino con fallo de cerclajes vía vaginal previos.
- Tejido cervical insuficiente: traquelectomía previa, anomalías cervicales.
- No está indicado por ecografía o de urgencia.

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

Insuficiencia cervical

9. ANEXO II. MANEJO INSUFICIENCIA CERVICAL

